

Questionnaire pour votre spécialiste traitant en médecine complémentaire

Si vous souhaitez remplir ce formulaire en ligne ou obtenir davantage d'informations sur le règlement des prestations, veuillez consulter notre site: helsana.ch/therapeute-medecine-complementaire.

Données de la personne assurée

N° d'assurance _____

Prénom, Nom _____

Rue, n° _____

NPA, localité _____

Date de naissance _____

Remarque:

Des réponses complètes et détaillées à nos questions sont indispensables pour déterminer notre prise en charge des coûts. Veuillez rédiger vos réponses en caractères d'imprimerie – merci.

Spécialiste traitant en médecine complémentaire ou médecin responsable de la coordination

Prénom, Nom _____

N° RCC _____

-
1. Existe-t-il un proche lien de parenté entre vous et la personne assurée (parent/enfant/conjoint) ou vivez-vous dans le même ménage ? Oui Non
-
2. La personne assurée exerce-t-elle une activité professionnelle ? Non Oui, activité professionnelle actuelle :
-
3. Motif du traitement : (Veuillez cocher une seule réponse) Maladie Accident Grossesse Prévention Maternité Date
-
4. Veuillez indiquer votre évaluation médicale ou thérapeutique ainsi que votre diagnostic spécifique à votre spécialité et méthode.
-
5. Quelles thérapies de la médecine traditionnelle ont été ou sont appliquées ?
Diagnostic médical (si connu) ?
-
6. Quels sont les troubles ? Dans quelle mesure limitent-ils la personne assurée dans son quotidien et son activité professionnelle ?
-

- 6.1 Le médecin traitant a-t-il confirmé une incapacité de travail ?
- Oui, taux en %
- Non
- Ne sait pas
-
7. Quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s) utilisez-vous pour la personne assurée ?
-
- 7.1 Quel est le concept de traitement et une modification est-elle nécessaire/ prévue ?
-
- 7.2 Quels objectifs thérapeutiques ont été fixés ?
-
- 7.3 Quels objectifs ont été atteints depuis le début du traitement ou depuis le dernier rapport ?
Quels objectifs ont dû être adaptés ?
(Veuillez préciser)
-
8. Quelles améliorations ou quels changements ont été constatés grâce à votre traitement depuis le début de celui-ci ou depuis le dernier rapport ?
-
9. Que prévoyez-vous pour les maladies ou troubles décrits ?
(Veuillez cocher une seule réponse)
- Le traitement est terminé ou sera terminé au :
- Des douleurs résiduelles subsistent ; des traitements finaux sont nécessaires
- Des douleurs résiduelles subsistent ; des traitements finaux sont nécessaires
- Un traitement de longue durée est nécessaire
- Traitements de prévention ou visant à éviter les rechutes
-
10. Veuillez indiquer la fréquence du traitement recommandé et la durée ?
(P. ex. 3 traitements par mois pendant 6 mois)
-
11. La fréquence et la durée du traitement pourront-elles être réduites à l'avenir ?
(P. ex. 1 traitement par mois pendant 3 mois)
- Non, pour quelle raison ?
- Oui, à partir de quand ?
-

12. La personne assurée a-t-elle recours à des mesures ciblées de promotion de la santé ? (P. ex. dans le domaine du fitness, des méthodes de relaxation, des cours sur la santé).
- Non
- Oui, lesquelles ?

13. La personne assurée suit-elle un traitement auprès d'autres prestataires de médecin complémentaire ?
- Ne sait pas
- Non
- Oui
Chez qui ?

Prénom Nom

Méthode de traitement

Par votre signature, vous confirmez l'exactitude de vos indications.

Lieu et date

Signature/tampon du/de la médecin ou thérapeute

Nous vous prions de bien vouloir retourner le questionnaire dûment complété à l'adresse suivante :
**Helsana Assurances SA, Service Clientèle, Spécialiste en médecine complémentaire,
Case Postale, 1001 Lausanne**